

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

150

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice LOUBIERE

CURE RADICALE

DES

HERNIES INGUINALES

OBLIQUES EXTERNES

PAR LE PROCÉDÉ DE POSADAS

Président : M. GOSSET, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

150

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice LOUBIERE

CURE RADICALE

DES

HERNIES INGUINALES

OBLIQUES EXTERNES

PAR LE PROCÉDÉ DE POSADAS



Président : M. GOSSET, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO
Physiologie.		CH. RICHEL
Physique médicale		ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Bactériologie		BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.		MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale		RENON
Pathologie chirurgicale.		LECENE
Anatomie pathologique.		LETULLE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène		BERNARD
Médecine légale.		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MONETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
Clinique médicale.	}	ACHARD
		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance		MARFAN
Clinique des maladies des enfants.		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.		PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER
Clinique chirurgicale	}	DELBET
		GOSSET
		LEJARS
		HARTMANN
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		LEGUEU
Clinique d'accouchements	}	BAR
		COUVELAIRE
Clinique gynécologique.		BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile		J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.		AUGUSTE BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.		VAQUEZ
		SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

CURE RADICALE
DES
HERNIES INGUINALES
OBLIQUES EXTERNES
PAR LE PROCÉDÉ DE POSADAS

Ce petit travail est simplement destiné à décrire un procédé opératoire excellent employé depuis longtemps dans la République Argentine. Il s'agit de la méthode de Posadas pour le traitement des hernies inguinales obliques externes, procédé simple, facile, et qui donne de très bons résultats.

Je tiens à remercier profondément M. le professeur Gosset qui a bien voulu être mon président de thèse. Il m'a fait l'honneur de m'accepter pendant la guerre dans son service de chirurgie de l'Hôpital temporaire du Lycée Buffon, à Paris. Qu'il veuille bien accepter toute ma reconnaissance et croire à l'entier dévouement de celui qui est très fier d'avoir été sous ses ordres et d'avoir pu l'admirer autrement que de loin.

Le D^r Pierre Chutro, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Buenos-Aires a aussi droit à ma gratitude. A son école, parfois rude, j'ai compris bien vite qu'il me restait beaucoup à apprendre. Son exemple ne sera pas perdu pour moi, et ma

seule ambition est d'arriver un jour à posséder, non certes son talent chirurgical, ce qui serait beaucoup demander, mais sa discipline et sa méthode de travail.

Je ne peux pas citer toutes les personnes qui, en France ou en Argentine, ont bien voulu s'intéresser à moi. Mais qu'elles soient assurées que je n'en oublie aucune, et que du fond du cœur, je leur dis : merci !

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il y a en France une thèse remarquable sur les hernies inguinales : celle de Bouveret (Montpellier, 1906) qui contient l'exposé de la plupart des procédés opératoires.

Mais ni dans la thèse de Bouveret, ni dans aucun autre ouvrage français, il n'est fait mention du procédé opératoire du Dr Alexandre Posadas, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Buenos-Aires, décédé malheureusement trop jeune en 1902.

Son procédé, décrit pour la première fois en 1894, est couramment employé dans toute la République Argentine, et même par bien des chirurgiens des Etats limitrophes. Il serait donc juste, par analogie avec le « *procédé américain* » de Kelly pour l'hystérectomie abdominale, de le qualifier de « *procédé argentin* » de Posadas.

Ce procédé ressemble, en partie, à celui de Le Dentu. Comme Le Dentu, Posadas ne touche pas à la paroi inguinale postérieure, mais sa technique en diffère profondément pour tout le reste. Et puis, ce qui est important, le procédé de Posadas est très employé, tandis que celui de Le Dentu ne l'est plus, bien à tort d'ailleurs.

Le grand avantage de la méthode de Posadas est sa simplicité ; elle est essentiellement anatomique et physiologique. Et malgré tous les arguments invoqués contre les procédés opératoires qui n'incisent pas la paroi inguinale antérieure, les résultats que l'on en obtient sont excellents.

Mais, naturellement, le procédé n'est pas universel ; il a ses indications bien nettes et certaines conditions sont nécessaires pour autoriser son emploi. N'en est-il pas de même d'ailleurs pour toutes les opérations ? Ne fait-on pas une hystérectomie par le Kelly, le Jean-Louis Faure, etc. ?

Je décrirai d'abord le procédé de Le Dentu, puis celui de Posadas, en me basant sur les enseignements du même Posadas et du professeur Chutro qui y a fait quelques modifications de détail. Ensuite, je décrirai les indications et les contre-indications, puis les avantages du procédé, en laissant de côté les discussions théoriques.

Etant interne à Buenos-Aires, puis assistant du service de chirurgie de l'Hôpital militaire Buffon, j'ai eu l'occasion d'aider dans environ cinq cents opérations de hernies inguinales, et d'en faire moi-même un certain nombre. Il serait donc trop long d'énumérer les cas cliniques. La plupart des observations sont consignées dans les vingt gros volumes qui forment les « Archives chirurgicales de l'Hôpital Buffon », recueillies par le Dr Chutro, et déposés actuellement dans la Bibliothèque du professeur Gosset, à la Salpêtrière.

Tous les procédés opératoires de hernies donnent des récidives, celui de Posadas comme les autres. Pour plusieurs raisons, il est difficile de savoir exactement quel en est le pourcentage. Les statistiques sont quelquefois erronées, volontairement ou non. Les opérés sont suivis trop peu de temps. Pour bien faire, il faudrait, dans un service de chirurgie, avoir des renseignements quelques années après les opérations. Il faudrait aussi que le même chirurgien s'occupât de ses récidivés. Il faudrait suivre les récidivés réopérés. Tout cela est bien difficile à obtenir, d'autant plus qu'un récidivé se fait le plus souvent réopérer par un autre chirurgien.

En général, on peut dire que le 5 o/o des hernieux opérés récidivent. Le « Posadas » ne fait pas exception à cette règle.

Le grand avantage du procédé est qu'il est anatomique et physiologique. Il ne détruit aucun rapport anatomique. Il obéit aux lois physiologiques : *pour rendre de la force à un muscle, il ne faut pas le sectionner, mais rapprocher ses insertions*. S'il y a récurrence, on évitera les difficultés que tous les chirurgiens rencontrent chez les hernieux opérés par le « Bassini » par exemple, où les rapports sont changés et le tendon du grand oblique converti en un tissu cicatriciel peu résistant. Ceci n'est pas théorique, mais a été vérifié maintes fois en Argentine.

PROCÉDÉ DE LE DENTU

En 1892, Kocher a fait connaître un procédé opératoire qui consiste simplement à faire une boutonnière à l'aponévrose du grand oblique, au niveau de l'anneau inguinal profond ; on dissèque le sac herniaire, puis à l'aide d'une pince qui passe par la boutonnière, on va chercher le sac, on le fait passer par l'orifice et on l'y fixe.

Le Dentu s'est inspiré en partie de cette méthode. Voici sa technique :

1° Incision de la peau qui va de la naissance des bourses jusqu'à 5 centimètres environ au-dessus de l'anneau inguinal superficiel, d'une longueur de 15 centimètres environ ;

2° On isole le sac jusqu'au collet, puis on le transpose à la manière de Kocher. Mais tandis que Kocher faisait sa petite incision perpendiculairement aux fibres du grand oblique, Le Dentu la fait parallèle, pour ne pas dilacérer l'aponévrose. On tord le sac et on le fixe par un point au collet au niveau de la boutonnière. Puis au lieu de le fixer par quelques points tout au long de l'aponévrose comme le faisait Kocher, on résèque toute sa portion exhubérante.

Avec l'index introduit dans l'anneau inguinal

superficiel, on tend l'aponévrose du grand oblique que l'on isole ainsi des éléments du cordon. Avec une aiguille à chas, on perfore l'aponévrose près de la petite incision, du côté de l'arcade de Poupart ; le doigt passé par l'anneau guide l'aiguille et empêche la blessure du cordon ; l'aiguille ressort symétriquement de la profondeur vers la surface au niveau de l'autre versant du cordon, après avoir suivi un trajet perpendiculaire aux fibres de l'aponévrose. On ouvre le chas de l'aiguille et on y introduit une des extrémités d'une anse de fil, que l'on ramène au dehors par l'orifice d'entrée. On prend l'autre extrémité du fil et on tire, puis on fait un point en U dont l'anse sera en dedans par rapport au canal inguinal et dont les deux bouts émergeront par son côté externe.

On place autant de fils qu'il est nécessaire en les espaçant de 1 centimètre et demi environ. Il se forme à mesure un bourrelet continu jusqu'au bord de l'anneau inguinal externe. Je ferai remarquer que ce bourrelet n'existe pas quand on emploie la méthode de Posadas, qui invagine au contraire la partie de l'aponévrose comprise entre les fils.

Ensuite on suture la peau, en embrochant le bourrelet avec les fils cutanés pour donner plus de solidité à la cicatrice. Au contraire, Posadas, et surtout le Dr Chutro, séparent soigneusement le plan aponevrotique du plan cutané.

Cahier, Delorme, Wahl, emploient des procédés dérivés de celui de Le Dentu.

PROCÉDÉ DE POSADAS

Dans une de ses leçons cliniques qui sont demeurées célèbres à Buenos-Aires, Posadas a exposé la technique de son procédé opératoire. Cette leçon a été publiée après sa mort, dans la *Revista del Centro Estudiantes de Medicina* (Buenos-Aires, mai 1903).

Je vais suivre en partie ce texte. On verra chemin faisant sur quelles considérations s'est basé Posadas pour adopter sa technique, et quelles sérieuses objections il présente aux procédés qui incisent la paroi aponévrotique antérieure.

Il y a un nombre considérable de procédés opératoires des hernies. Tous donnent un certain pourcentage de récurrences, pourcentage variable avec l'opération effectuée, avec l'habileté du chirurgien, avec l'état anatomique du canal inguinal et de la paroi abdominale voisine. Nous devons donc choisir le procédé qui nous donnera le moins possible de récurrences et ne pas nous laisser influencer *a priori* par des considérations théoriques, et surtout ne pas nous laisser influencer par un procédé brillant qui momentanément nous semblera irréprochable et qui plus tard ne le sera plus.

Dans une hernie inguinale normalement constituée, deux conditions essentielles doivent être remplies si nous voulons obtenir la suppression du sac herniaire et la restauration de la paroi abdominale débilisée par le passage des viscères.

La suppression du sac herniaire est assurée par son extirpation haute. Par extirpation haute il ne faut pas parler seulement du collet du sac, mais aussi de la partie du péritoine voisin qui forme la dépression appelée infundibulum, de façon à éliminer les portions déjà déprimées et ayant tendance au glissement. L'extirpation complète est préférable aux procédés de torsion et flexion du sac sur le collet, et de conservation du prolongement sacculaire.

Il importe peu que le sac soit lié avec un fil quelconque, pourvu que celui-ci se résorbe. Le catgut numéro 2 est le plus indiqué. Dans les récidives, le nouveau sac n'est pas formé par la distension de l'ancienne cicatrice qui est toujours résistante au sommet de la nouvelle prolongation séreuse ; les parois de celle-ci sont formées par des portions du péritoine voisin qui ont glissé et fait prolapsus quand la paroi abdominale qui les soutenait a cédé. C'est un défaut de contention et non la distension d'une zone cicatricielle qui les occasionne.

Le deuxième temps, essentiel dans les opérations de hernie, est le renforcement de la paroi abdominale affaiblie.

Au début des opérations de hernie, la résection du sac constituait tout l'acte opératoire. Puis on

rétrécit l'anneau inguinal. Ensuite les chirurgiens, obsédés par l'idée de renforcer la paroi inguinale distendue et débile, inventèrent un grand nombre de procédés les plus contraires à cette indication.

La presque totalité des procédés aujourd'hui employés prétendent reconstituer une paroi abdominale forte après section de l'aponévrose antérieure puis suture de l'incision avec des fils permanents. On change la position du cordon en le mettant sous la peau, — ou bien en le faisant sortir de l'abdomen au niveau de l'ancien anneau inguinal interne et en lui faisant suivre ensuite un trajet sous cutané, — ou bien en le faisant passer entre des plans musculaires refaits après sacrifice d'un grand nombre de fibres charnues que rien ne pourra réparer — ou bien en le laissant sur le moignon péritonéal et en réunissant en avant la paroi sectionnée.

Sous prétexte de renforcer le muscle grand oblique, on commence par sectionner son tendon et on substitue à sa continuité physiologique une séparation cicatricielle dont le résultat est l'atrophie et la dégénérescence des fibres charnues du corps du muscle en relation avec les parties tendineuses divisées. La cicatrice est formée par un tissu beaucoup moins apte à résister à la pression des viscères abdominaux que le tendon qu'elle remplace. Atrophie et dégénérescence du ventre charnu du muscle, distension de la cicatrice tendineuse, tels sont les résultats réels obtenus.

On ne pouvait pas s'attendre à un autre résultat.

On renforce l'action d'un muscle en pliant et en raccourcissant son tendon, en lui greffant un faisceau d'un muscle voisin plus puissant, mais jamais en sectionnant son tendon et en lui intercalant une bande cicatricielle.

Si le muscle grand oblique a pour action physiologique d'agir en se contractant comme une sangle qui retient et résiste à l'impulsion des viscères abdominales, la dégénérescence d'une partie de ses fibres aura pour conséquence la débilité partielle de la paroi abdominale.

Chez les récidivés après ces opérations caractérisées par la section de l'aponévrose du grand oblique, il est facile de constater les altérations signalées par Posadas.

Sous la peau, au niveau de la ligne de section de l'aponévrose qui, de l'anneau inguinal externe, va plus ou moins haut, on trouve la cicatrice amincie et distendue, et la paroi abdominale de l'épaisseur d'une feuille de papier.

La toux provoque la formation d'un bourrelet en forme de colline qui a la longueur de l'incision et une largeur variable avec la distension, mais jamais inférieure à deux travers de doigt.

En outre, on observe aussi les conséquences de la dégénérescence des fibres en connexion avec la partie divisée du tendon. En effet, quand le malade tousse, il n'y a pas que la ligne cicatricielle qui cède, il se produit aussi un soulèvement de toute la portion du grand oblique qui va de l'épine iliaque antéro-

supérieure à l'anneau inguinal externe en longueur, et, en largeur de l'arcade de Poupart à quelques travers de doigt au-dessus de la cicatrice. Par la palpation, on se rend compte du défaut de consistance du grand oblique, de son amincissement. A l'examen électrique, on trouve une grande diminution et quelquefois l'abolition de la sensibilité dans la zone indiquée.

Ces dégénérescences tardives du grand oblique ont une importance capitale. Chez les hernieux, ce muscle est le seul qui résiste à la pression abdominale. Même chez les sujets normaux, les fibres du petit oblique et du transverse s'arrêtent au niveau de l'anneau inguinal superficiel puisqu'elles forment, en partie, son bord supérieur. La hernie, en dilatant l'anneau inguinal, éloigne de plus en plus le bord inférieur de ces muscles de l'arcade de Poupart, et dans la pratique, la seule partie qui reste est la paroi antérieure du canal, c'est-à-dire le tendon aponevrotique du grand oblique.

Si des dégénérescences aussi graves que celles précédemment indiquées se produisent après section et suture du tendon du grand oblique et sans que la section intéresse les fibres musculaires, il faut s'attendre à en trouver de plus graves encore sur le petit oblique et le transverse qui, eux, sont tirillés et disséqués même ; dans certains procédés, leurs fibres charnues sont divisées longitudinalement. Les points profonds qui ont pour objet de rétablir la paroi postérieure en les rapprochant de l'arcade sont

souvent difficiles à poser et produisent l'élongation des muscles. Rarement, comme le prétend Bassini, on arrive à rétablir une bonne paroi postérieure parce que le petit oblique, le transverse et le fascia transversalis n'arrivent au contact de l'arcade que par des bords peu nets, sans résistance, et qui se confondent avec le tissu cellulaire sous péritonéal.

La méthode opératoire adoptée par Posadas est basée sur les considérations précédentes. Il arrive une très forte émigration italienne à Buenos-Aires, et Posadas a eu l'occasion de réopérer assez souvent de récidivés qui avaient été opérés par Bassini lui-même ou par ses élèves directs. Avec ma méthode, dit Posadas, on obtient des résultats au moins aussi bons qu'avec les autres, et les récidives sont plus faciles à opérer.

La vraie résistance à l'impulsion de viscères chez les hernieux se trouve au niveau de l'anneau inguinal externe et de la paroi antérieure du canal. La manière la plus simple et la plus pratique de renforcer cette paroi est de raccourcir le tendon du grand oblique en rapprochant ses points d'appui. Le raccourcissement le plus inoffensif et le plus efficace est obtenu en pliant le tendon, ce qui diminue sa longueur et l'épaissit sans sectionner ses fibres, sans le débilitier par conséquent, et, si l'opération ne réussit pas, sans donner lieu à des solutions de continuité. On obtient le raccourcissement en posant une série de points en U sur le tendon, perpendiculairement à ses fibres, et en assez grand nombre pour renforcer toute la partie

affaiblie. Au niveau de l'anneau inguinal externe, un point spécial rapproche le pilier interne de l'arcade.

Voici donc les différents temps du procédé :

1^o Incision de la peau, non pas rectiligne, mais légèrement courbe et convexe vers le bas. Cette incision est parallèle au pli de Vénus, et sa partie déclive et médiane passe au niveau de l'anneau inguinal externe. Cette incision, comme toutes les incisions courbes, donne un très grand jour sur la région, permet de bien voir les fibres du grand oblique et d'apprécier leur résistance. Cette incision est éloignée de la racine de la verge et du scrotum, où il est difficile de faire une bonne asepsie et d'appliquer un bon bandage compressif.

Je ferai remarquer en passant que Posadas opérait sur le testicule par voie inguinale. Il avait un procédé de suspension très original pour la cure radicale du varicocèle. Il profitait aussi de l'incision inguinale pour renforcer et rapprocher les piliers, souvent faibles chez les porteurs d'hydrocèles ou de varicocèles, et souvent accompagnés de pointes de hernies.

Par l'incision inguinale, il évitait aussi tous les inconvénients des incisions sur le scrotum (irritation d'une peau délicate, mauvaise asepsie, gros abcès consécutifs à des hématomes, etc.), et aussi la neurasthénie, qui chez les personnes prédisposées et surtout chez les habitants des vastes plaines argentines, accompagne toute incision sur les parties sexuelles. D'ailleurs, en Europe, des chirurgiens, et

non des moindres, ont été assassinés par des opérés par voie scrotale.

L'incision utilisée par Posadas est plus vasculaire que l'incision rectiligne ordinaire. Mais c'est un bien mince inconvénient. On verra même qu'un des élèves directs de Posadas, le professeur Chutro, profite de la nécessité de faire une bonne hémostase pour suturer le tissu cellulaire sous-cutané.

2° Après avoir découvert et isolé le sac dans la région de l'anneau, on poursuit sa dissection vers le haut jusqu'à dépasser l'infundibulum et voir apparaître, avec la graisse sous péritonéale, le péritoine voisin. On traite le contenu du sac puis on le lie le plus haut possible par un point perforant, avec du catgut n° 2, en nouant d'abord d'un côté, puis de l'autre. On sectionne le sac au-dessous de la ligature. Le moignon disparaît dans le canal.

On voit que Posadas suit ici la méthode adoptée par presque tous les chirurgiens et ne conserve pas le sac, ni fait de boutonnière au grand oblique comme dans les procédés de Kocher et Le Dentu.

3° On examine alors l'anneau, et suivant son degré de distension et l'état de la paroi antérieure du canal, on pose un ou plusieurs fils d'argent du même calibre que le catgut n° 1, ce qui est suffisant.

Si l'état de la paroi est satisfaisant, on se contente de diminuer le calibre de l'anneau, qui ne devra en aucun cas laisser pénétrer l'extrémité de l'index. Avec une aiguille garnie de fil d'argent, on perfore le point le plus élevé du pilier de Colles et la partie

contiguë du pilier interne. On retire le fil de l'aiguille, on récline le cordon en dedans et on perfore le pilier externe en un point symétrique du précédent ; on remet le fil qui passe ainsi devant le cordon et on lui fait traverser le pilier externe. Une des branches de l'U est ainsi posée.

Pour poser la deuxième branche de l'U, on va vers le haut et on choisit deux points symétriques des piliers externe et interne, à une distance d'autant plus grande de la première branche de l'U que l'anneau est plus dilaté. Ces points doivent comprendre la plus grande épaisseur des parois des piliers, et le point du pilier externe doit être rapproché le plus possible de l'arcade de Poupart.

En tirant et en nouant le fil d'argent, on obtient un large accollement des surfaces et la plicature des points aponévrotiques ainsi obtenue forme une crête épaisse et résistante que l'on n'obtient pas avec les points séparés.

Par l'action de ce fil d'argent, le sommet du ligament de Colles est appliqué contre la paroi antérieure du canal inguinal et contre la paroi postérieure de l'anneau inguinal. Par conséquent, le cordon sort de l'abdomen par une ouverture en forme de valve et le ligament de Colles forme une barrière derrière l'anneau inguinal, barrière qui recevra le choc des viscères ayant tendance à faire hernie. On ne peut pas demander une disposition plus satisfaisante pour éviter les récidives.

Si, en même temps que la distension de l'anneau, il y a faiblesse de la paroi antérieure, on ajoute 2 ou

3 points en U perforant le grand oblique, perpendiculairement au cordon, et en évitant de le blesser.

Posadas fait remarquer qu'en général, quand la paroi antérieure du canal est faible, c'est que les fibres arciformes sont absentes ou peu abondantes. Les fibres arciformes, on le sait, réunissent les fibres divergentes qui forment les piliers et contribuent à former le bord supérieur de l'anneau superficiel. Si ces fibres arciformes manquent, toute la partie du grand oblique comprise entre les faisceaux des piliers sera très affaiblie et se laissera facilement distendre. Les anses d'argent en U remplacent, pour ainsi dire, les fibres aciformes, suppriment l'espace distendu et le renforcent, adossent par plicature les faisceaux qui plus bas formeront les piliers du canal.

Les anses d'argent sont bien tolérées. Il ne faut pas mettre de catgut qui se résorberait. Cependant, chez les enfants, le catgut est suffisant.

4° Suture de la peau aux crins.

S'il y a des récidives avec son procédé, Posadas recommence la même opération.

Chez les hommes âgés, avec paroi abdominale flasque, il sectionne le cordon et il oblitère l'orifice inguinal.

Posadas ajoute, avec toute loyauté, que ce n'est pas lui le premier qui a fait une incision courbe, ni utilisé les fils d'argent, ni suturé le sommet du pilier de Colles, ni même plié le grand oblique. Mais c'est certainement lui qui a combiné rationnellement tous ces éléments, et, en toute justice, la méthode doit porter son nom.

QUELQUES MODIFICATIONS AU PROCÉDÉ DE POSADAS

Les élèves de Posadas, et en particulier le professeur Chutro, ont fait quelques modifications de détail au procédé de leur maître.

1^o Le D^r Chutro, au lieu de disséquer le sac de bas en haut, comme on le fait ordinairement, le dissèque de haut en bas. Après la même incision de la peau, il charge le cordon sur son index gauche, et au moyen d'une pince à disséquer fermée, il sépare le sac du cordon près du collet. Là, il ouvre le sac et traite son contenu, s'il y a en a. Il fait la ligature et coupe le sac, le moignon disparaît dans le canal. Alors, il dissèque le sac de haut en bas, et l'enlève en un seul bloc. S'il y a des parties trop adhérentes au cordon ou aux plans voisins, il les laisse (hernies anciennes très adhérentes et qui saigneraient en nappe, par exemple).

2^o On emploie généralement la soie n^o 2 au lieu de fils d'argent. Les anses à la soie sont aussi solides et plus maniables. Posadas déconseillait la soie à cause de sa stérilisation imparfaite qui pouvait donner lieu à des fistules. Mais depuis quelques années, on est

arrivé à bien la stériliser et il n'y a plus de raisons pour la proscrire.

Elle a aussi l'avantage d'être moins chère que le fil d'argent. Jamais, à l'Hôpital Buffon, il n'y a eu de suppuration chez les hernieux suturés à la soie.

3° On avait reproché au procédé de Posadas d'être aveugle et de risquer de blesser les éléments du cordon. Avec un peu d'attention, on évite cela.

Pour avoir plus de sécurité, on n'a qu'à mettre des points en U non perforants sur toute l'étendue du canal inguinal. L'aiguille courbe de Reverdin entre à 2 centimètres au-dessous du cordon, ne perfore pas toute l'aponévrose, et ressort presque aussitôt. Elle passe au-dessus du trajet du cordon et va faire un point symétrique en haut. On passe le fil et on recommence par la deuxième branche de l'anse.

Le plein de l'anse est en haut, les deux bouts du fil en bas. On tire fortement et on noue ; de cette façon la portion affaiblie est invaginée.

4° Au lieu de placer, comme le faisait Posadas, le point sur les piliers le premier, il vaut mieux commencer par le point le plus éloigné de l'anneau superficiel et finir par le point qui rétrécit celui-ci. En principe, même si la paroi semble assez résistante, il vaut mieux plier le grand oblique sur toute la longueur du canal inguinal.

5° Avant de suturer la peau, le Dr Chuto, dans les opérations herniaires ou autres fait un plan au catgut sur le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans la région inguinale, il profite de la présence six

pincés sur les vaisseaux sectionnés (trois vaisseaux en général) pour faire ce plan. Il rapproche bout à bout les deux pincés de chaque vaisseau et il lie ensemble au catgut fin les deux moignons. Si c'est nécessaire, on ajoute un point ou deux avec l'aiguille.

Ce plan supplémentaire a un double but. D'abord, il isole de la peau le plan de plicature du grand oblique, par excès de précaution pour l'asepsie des soies. Ensuite, il donne une cicatrice cutanée plus belle, puisqu'il rapproche beaucoup les deux lèvres de la peau ; on sait que le tissu cellulaire contient de nombreuses fibres élastiques qui se rétractent quand elles sont sectionnées et tirent sur la peau si on ne suture pas ce tissu, ce qui a pour résultat d'élargir une cicatrice qui, au moment de l'opération, semblait superbe.

6° Enfin, la suture de la peau est faite avec des agrafes de Michel ou avec une suture intradermique avec un point de soutien. La cicatrice cutanée est parallèle au pli de Vénus, presque invisible, et, en somme, réalise un hémi-Pfannestiel.

7° L'anesthésie rachidienne suffit en général. Cependant, elle est presque impossible chez les enfants et les personnes nerveuses. Mais elle rendra de grands services chez les personnes âgées, pour éviter les accidents pulmonaires de l'anesthésie générale.

La désinfection de la peau à la teinture d'iode à 3 o/o suffit et n'a jamais donné d'accidents.

Lever entre le douzième et le quinzième jour.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU PROCÉDÉ

Il ne faut rien exagérer. Posadas lui-même déclare qu'en pratique, le 95 o/o des hernieux opérés correctement par n'importe quel procédé n'ont pas de récurrence.

On a opéré bien des hernieux avant l'ère listérienne; les chirurgiens se contentaient de l'extirpation du sac; plus tard, ils rétrécirent l'anneau, puis vinrent toutes les opérations actuelles.

Pourquoi n'y avait-il pas de récurrences? Parce que dans la plupart des cas, les parois étaient bonnes et qu'il s'agissait de hernies congénitales ou acquises avec bonne aponévrose.

Pour travailler uniquement sur la paroi antérieure du canal, il faut que cette paroi ait encore une certaine résistance, qu'elle existe physiologiquement parlant.

Par conséquent, le procédé sera idéal quand il s'agit de hernies inguinales obliques externes congénitales. On l'emploiera presque toujours en chirurgie infantile.

Dans les hernies acquises, quel que soit leur volume, il donnera les meilleurs résultats pourvu

qu'il y ait conservation partielle de la paroi postérieure et une paroi antérieure encore existante en partie.

Par contre, il serait illusoire de vouloir opérer par le « Posadas » ces hernies avec parois effondrées, muscles dégénérés, anneaux inguinaux énormes et arrivant au contact l'un de l'autre, piliers presque inexistants et très loin l'un de l'autre.

Mais j'ajouterai que dans ces cas, tous les procédés, le Bassini compris, exposent à de nombreuses récidives. Posadas dans ces cas-là n'hésitait pas à supprimer le canal inguinal chez les personnes âgées. Chez les jeunes, il faudra employer des méthodes plus compliquées, faire par exemple des myplasties.

Le procédé de Posadas, comme le Bassini d'ailleurs, n'est pas très indiqué pour les hernies directes.

AVANTAGES DU PROCÉDÉ DE POSADAS

C'est une méthode simple, et qui risque peu de léser les éléments anatomiques de la région inguinale.

C'est une méthode anatomique et physiologique.

Anatomique : elle ne détruit aucun des rapports normaux de la région.

Physiologique : elle se base sur les enseignements de la physiologie qui nous dit que tout muscle sectionné perd de sa force — qu'une cicatrice musculaire est tout le contraire d'un élément de force — et que pour redonner de la force à un muscle, il faut rapprocher ses insertions sans le sectionner.

La méthode n'est pas douloureuse. Pendant les jours qui suivent l'opération, les opérés ont une sensation de sangle au niveau de la cicatrice. Mais cela prouve que l'opération a réussi et que le grand oblique, raffermi, remplit à nouveau ses fonctions de contention.

Si après une opération de Posadas, il y avait récurrence, rien de plus simple pour réopérer, *ce qui n'est pas le cas pour les autres méthodes*. Tous les chirurgiens savent combien le « Bassini » ou le « Mugnai » sont désagréables à retoucher.

Avec le « Posadas », rien de plus facile. On pourra, soit refaire la même opération, en extirpant le nouveau sac, et en renforçant les points faibles de la paroi — soit faire un « Bassini » un « Mugnai », une opération plastique, etc.

Comme je le disais au début de ces quelques pages, le procédé de Posadas est très employé en Amérique du Sud, vingt ans après la mort du Maître. S'il ne donnait pas de bons résultats, il aurait été sûrement abandonné, car dans les pays neufs, on n'hésite pas à brûler ce que l'on a adoré si on trouve quelque chose de mieux.

CONCLUSION

1° On a beaucoup exagéré, en se basant sur des considérations théoriques, la médiocrité des procédés opératoires de hernies qui respectent l'intégrité de la paroi inguinale antérieure et ne font rien sur la postérieure

2° S'il n'y a pas effondrement des parois abdominales, les procédés de plicature de l'aponévrose du grand oblique sont presque toujours suffisants ;

3° Parmi ces procédés, celui de Posadas est le plus simple, le plus anatomique, le plus physiologique ;

4° En cas de récurrence herniaire, il ne complique pas, comme les autres procédés, la cure radicale de la nouvelle hernie ;

5° Le procédé de Posadas n'est applicable qu'aux hernies inguinales obliques externes ; il ne sert pas pour les hernies directes.

Le Président de la thèse,
GOSSET

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Lucas-Championnière.* — Cure radicale des hernies. Paris, 1886.
- Kocher.* — Hernien Radikaloperation (Centralblatt für Chirurgie, 15 mai 1897).
- Le Dentu.* — Cure radicale des hernies inguinales (Revue de Chirurgie. Paris, 1901).
- Clodomiro Gutierrez.* — El Método de Posadas (Semana Médica. Buenos-Aires, 1^{er} août 1901).
- Alejandro Posadas.* — Lecciones de clinica quirurgica (« Revista del Centro Estudiantes de Medicina » . Buenos-Aires, mai 1903).
- Bouqueret.* — Anatomie et traitement de la hernie inguinale. (Thèse inaugurale, Montpellier, 1906).
- Leopoldo Bard.* — Lecciones de Medicina (Operatoria. Buenos-Aires, 1911).
- Carlos Squirru.* — Las hernias y su tratamiento. Thèse inaugurale. Buenos-Aires, 1916.

